

ОЦЕНКА ЗНАЧЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В КОМПЛЕКСЕ С ДРУГИМИ МЕТОДАМИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

¹Климович И.И., ¹Страпко В.П., ²Юркевич С.В.

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»

²УЗ «Гродненская клиническая больница скорой медицинской помощи»

Актуальность. Среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости острый деструктивный панкреатит (ОДП) продолжает оставаться одним из смертельно опасных заболеваний [1]. Своевременная его диагностика и лечение, так и контроль адекватности лечения до настоящего времени окончательно не разработаны и смертность остается высокой. Литературные данные по этим вопросам противоречивы [2,3].

Цель – оценить информативность определения основных лабораторных показателей наряду с другими методами исследования для диагностики и лечения ОДП.

Методы исследования. Нами проведен анализ основных ферментов поджелудочной железы амилазы и липазы наряду с другими лабораторными, клиническими и дополнительными методами исследования, применяемых при диагностике и лечении ОДП у 104 пациентов, которые находились на лечении в хирургическом отделении БСМП г. Гродно в 2017-2018 г. Мужчин было 67(64,2%), женщин 37(35,8%). Возраст пациентов от 19 до 78 лет, средний возраст составил 42,7лет. Учитывали основные клинические симптомы острого панкреатита, из лабораторных показателей при поступлении и в процессе лечения определяли общий анализ крови, мочи, активность ферментов поджелудочной железы (амилазы и липазы), уровни общего белка, билирубина, глюкозы, активность трансфераз – АСТ, АЛТ, содержание мочевины, креатинина, С-реактивного белка в крови. Для определения альфа-амилазы (общей) применялся кинетический метод GNPG₃ – единицы измерения – Ед/л. Липаза определялась калориметрическим методом-единицы измерения – Ед/л и С-реактивный белок иммунотурбодиметрическим методом, единицы измерения -мг/л. Дополнительные методы исследования включали УЗИ гепатопанкреатодуоденальной зоны, фиброгастродуоденоскопия (ФГДС), спиральная компьютерная томография (СКТ), магниторезонансная томография (МРТ).

Результаты и их обсуждение. В клинике заболевания всегда отмечались различной интенсивности боли в эпимезогастральной области. Иррадиация боли в спину и поясничные области отмечена нами у 62(59,6%) пациентов, опоясывающий характер боли отмечен у 29(27,9%). Рвота не приносящая уменьшения боли была у 23 (22,1%) пациентов. Вздутие живота и пальпируемый инфильтрат в эпимезогастральной области имели место у 71 (68,3%) пациента. Легкое течение ОДП наблюдалось у 71 (68,3%) пациента, уровень амилазы у которых составил $337 \pm 26,2$ Ед/л, а липазы $983 \pm 27,3$ Ед/л,

все они лечились консервативно, получали лечение согласно протоколам лечения и выписаны по выздоровлению домой. Тяжелое течение ОДП наблюдалось у 33 (31,7%) пациентов, уровень амилазы у которых составил $537 \pm 27,8$ Ед/л, а липазы $1192 \pm 24,1$ Ед/л. Оперированы из них 29 (87,9%) пациентов. Уровень амилазы у оперированных больных составил $731 \pm 42,7$ Ед/л, а липазы $2481 \pm 40,6$ Ед/л. Диагностическая лапароскопия, санация и дренирование брюшной полости при ОДП и ферментативным перитонитом выполнены у 19 (65,5%) пациентов. Активность амилазы в крови у этих пациентов составила $607 \pm 35,9$ Ед/л, а липазы $1145 \pm 16,7$ Ед/л, а в выпоте из брюшной полости содержание амилазы составило $917 \pm 24,7$ Ед/л, а липазы $1614 \pm 13,4$ Ед/л. Наиболее высокие значения активности сывороточной амилазы наблюдали в течение первых суток от начала заболевания, а активность липазы повышалась в более поздние сроки. Прямой зависимости между активностью амилазы и формой острого панкреатита не отмечалось. Изменения показателей общего анализа крови у пациентов не были специфичными, однако в пользу инфицированного панкреонекроза свидетельствовало повышение уровня лейкоцитоза со сдвигом влево, если оно наблюдалось в динамике лечения. При развитии септических осложнений, наблюдали значительный лейкоцитоз с выраженным сдвигом влево и появлением токсической зернистости нейтрофилов, отмечались тромбоцитопения, уровень С-реактивного белка составлял $340 \pm 32,4$ мг/л. В биохимическом анализе крови наблюдались: гипопротейнемия за счет снижения альбуминов, диспротеинемия, гипергликемия. Выявлено, что наиболее постоянно при панкреонекрозе регистрировались повышенные активности аланиновой и аспарагиновой аминотрансфераз.

Лапаротомия, секвестрэктомия, оментобурсостомия, холецистэктомия и наружное дренирование холедоха, санация и дренирование брюшной полости и забрюшинной клетчатки произведены у 10 (34,5%) пациентов. Операционные находки и данные клинико-лабораторных исследований совпали у 27 (93,1%) пациентов, данные СКТ у 27 (93,1%), МРТ у 28 (96,5%). После оперативного лечения умерли 4 пациента это были пожилые и старые люди у которых наряду с тяжелым панкреонекрозом имелась хроническая тяжелая сопутствующая патология сердечно-сосудистой и дыхательных систем, послеоперационная летальность составила 13,8%.

Выводы:

1. При ОДП активность α -амилазы крови и мочи увеличивается уже в первые 3-6 часов заболевания после появления клиники и нарастает её уровень в течение 10-24 часов, затем быстро снижается и приходит к норме в среднем на 2-5 день, при этом корреляции с тяжестью ОДП не отмечается.

2. Липаза сыворотки крови увеличивается через несколько часов, причем в разы выше чем амилаза и остается повышенной в течение 9-12 дней, а нормализация её уровня происходит позже нормализации амилазы.

3. Повышение концентрации С-реактивного белка больше 120-130 мг/л подтверждает наличие ОДП, а увеличение его концентрации в динамике заболевания более чем на 26-30% от исходного уровня свидетельствует о

развитии панкреатогенной инфекции.

4. Определение активности ферментов поджелудочной железы в крови, моче, жидкости из брюшной полости, наряду с исследованием общего и биохимического анализа крови, а также применение СКТ и МРТ у пациентов при ОДП позволяет получить наиболее объективную информацию для диагностики, выбора метода и объёма оперативного пособия и оценки эффективности проводимого лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Климович, И.И. Лечение острого деструктивного панкреатита у пожилых пациентов / И.И. Климович, Е.М. Дорошенко, В.П. Страпко // Вопросы экспериментальной и клинической физиологии: сб. науч. тр., посвящ. 100-летию со дня рождения Аринчина Николая Ивановича. – Гродно : ГрГМУ, 2014. – С.152-155

2. Гусейнов, А.З. Острый панкреатит как медико-социальная проблема в структуре ургентной абдоминальной хирургической патологии / А.З. Гусейнов, Д.В. Карапыш // Вестник новых мед. технологий. – 2010. – № 3. – С.1980-1990.

3. Араблинский, А.В. Диагностика, динамическое наблюдение и выработка тактики у больных с острым панкреатитом (данные компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии) / А.В. Араблинский, А.В. Шабунин, А.Ю. Лукин, Ю.В. Сидорова // Вестник рентгенологии и радиологии. – 2012. – № 2. – С.4-12.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ФАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ НА АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ СТРУКТУРЫ ТЕЛА ВОЕННОСЛУЖАЩИХ ПО ПРИЗЫВУ В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ К УСЛОВИЯМ ВОЕННОЙ СЛУЖБЫ

Князев И.Н.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Обороноспособность государства во многом зависит от состояния здоровья военнослужащих. В соответствии с действующим законодательством Вооружённые Силы Республики Беларусь дважды в год пополняются призывной молодежью с различной физической подготовленностью и статусом питания из семей, относящихся к различным слоям общества. После призыва на военную службу молодым военнослужащим предстоит адаптироваться к новым условиям жизни: изменение режима труда и отдыха, режима и характера питания, приобретение специальных знаний и практических навыков воинской специальности, повышенные физические нагрузки, постоянное пребывание в воинском коллективе и неукоснительное выполнение требований воинских уставов и воинской дисциплины. Адаптация военнослужащих осуществляется на трех уровнях: физиологическом, психологическом и социальном. При изучении параметров качества жизни